

ASK HEALTH  
ASIA

GAfPA  
Global Alliance for Patient Access



# ASCVD患者血脂管理的 未满足需求与建议

一项基于患者和专家调研的报告



艾社康微信公众号

ASK HEALTH  
ASIA

GAfPA  
Global Alliance for Patient Access



## 一、背景

### 动脉粥样硬化性心血管疾病 (ASCVD) 概述

动脉粥样硬化是指动脉壁形成脂质斑片状沉积物，导致动脉壁增厚变硬、血管腔狭窄，最后致使血流量减少或阻塞血液流出的一种疾病<sup>1</sup>。以动脉粥样硬化性心血管疾病 (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD) 为主的心血管疾病是我国城乡居民第 1 位死亡原因，占死因构成的 40% 以上<sup>2</sup>。

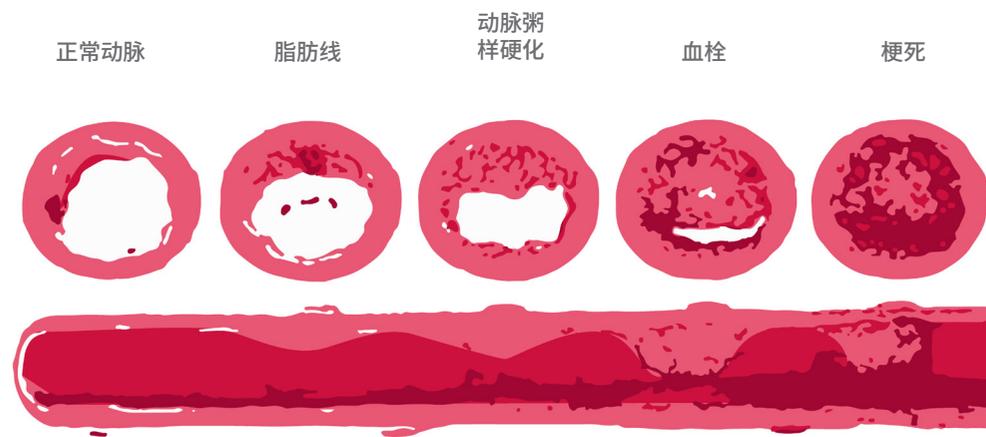
动脉粥样硬化性心血管疾病包括以下病症<sup>3</sup>：

- 1) 冠心病，例如心肌梗塞、心绞痛和冠状动脉狭窄；
- 2) 脑血管疾病，例如短暂性脑缺血发作、缺血性中风、颈动脉狭窄；
- 3) 外周动脉疾病，例如跛行；
- 4) 主动脉粥样硬化性疾病，例如腹主动脉瘤、胸降动脉瘤。

## 疾病负担

在我国，心脑血管疾病是重大健康问题，患者规模庞大，是国民首位死因和主要疾病负担<sup>4</sup>。健康中国行动（2019—2030年）指出心脑血管疾病具有高患病率、高致残率、高复发率和高死亡率的特点，为政府、社会、个人带来了沉重的经济负担。目前全国现有高血压患者 2.7 亿、脑卒中患者 1300 万、冠心病患者 1100 万。这些心脑血管疾病消耗了全国近 17% 的治疗资源、近 18% 的医保基金<sup>5</sup>。

随着我国老龄化和城市化进程加快，受居民健康素养水平偏低、不健康生活方式等影响，我国居民心脑血管疾病危险因素普遍暴露。高血压、血脂异常、糖尿病，以及肥胖、吸烟、缺乏体力活动、不健康饮食习惯等是心脑血管疾病主要的危险因素。这些危险因素在低龄、低收入的群体中快速增长，且出现个体聚集趋势。中国 18 岁及以上居民高血压患病率为 25.2%，血脂异常达到 40.4%，均呈现上升趋势<sup>6</sup>。



## ASCVD 患者血脂管理的重要性和降脂治疗

血脂异常是动脉粥样硬化的最主要的风险因素之一，而在血脂中，**低密度脂蛋白胆固醇 (low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C) 水平是动脉粥样硬化进展的关键因素<sup>7</sup>**。LDL 会在动脉壁沉积，导致动脉粥样硬化发生、发展。通过**降低 LDL-C 水平，可以降低心血管疾病的加重和复发风险**，即使在 LDL-C 已经较低的水平下，降脂治疗仍然能持续降低风险。

目前，药物治疗是 ASCVD 患者采用的主要降脂治疗手段。他汀类药物、胆固醇吸收抑制剂、以及 PCSK9 抑制剂是临床上常用的三种降脂药物<sup>8</sup>。通常来说，他汀类药物是首选的降脂药物，在 LDL-C 无法达标的情况下，会联合胆固醇吸收抑制剂等其他药物使用，若仍无法达标，则会加用 PCSK9 抑制剂从而进一步有效降低 LDL-C 水平<sup>9</sup>。

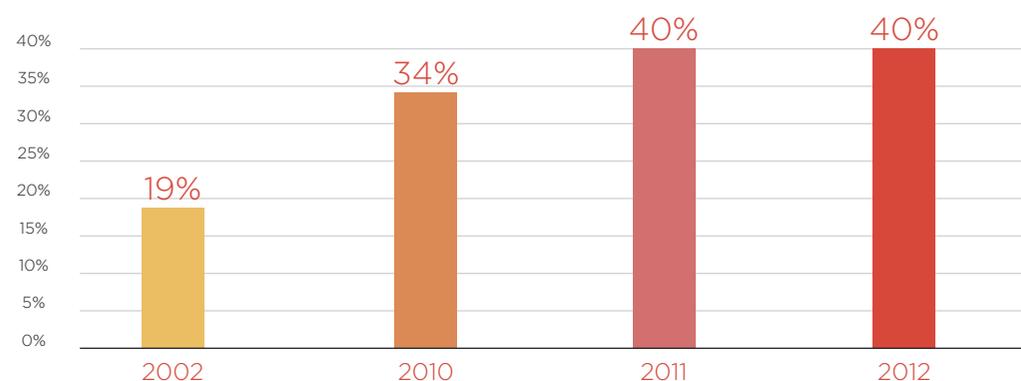




## 我国 ASCVD 患者和风险人群的血脂异常情况

我国的血脂异常情况在近几十年有较大变化，血脂水平出现明显的上升趋势。**成年人的血脂异常患病率达到四成，明显高出同为“三高”的高血压和糖尿病。**然而，虽血脂异常的患病率更高，但居民对血脂异常的知晓率却处于较低水平，**35岁及以上成年患者仅有不足二成知道自己患有血脂异常。**在不知情的情况下，患者不会通过健康生活干预或药物治疗控制血脂，从而疾病更易进展，发生 ASCVD 事件。因此，我国面临 ASCVD 患病率持续上升趋势，血脂管理刻不容缓。

2002 ~ 2012 中国成人血脂异常患病率



## 二、ASCVD 患者血脂管理存在的问题与未满足诉求

### 相关的血脂管理用药：可及性不足

用药可及性仍是患者最为重视也最希望提升的诉求，涉及药物的“可获得性”与“可负担性”两个方面。PCSK9 抑制剂是降血脂作用较强效的新型降脂药，可有效降低超高危 ASCVD 患者的血脂水平，与他汀类药物或胆固醇吸收抑制剂联用时可使 LDL-C 进一步降低 44%~75%<sup>10</sup>。PCSK9 抑制剂的可及性，对于 ASCVD 患者的生命质量具有重要意义。然而，PCSK9 抑制剂的“可获得”与“可负担”情况目前仍存在着以下几方面的问题：



**可获得性：**  
药物集中在一二线城市的三甲医院，患者尚无法在基层开药

配备了 PCSK9 的医疗机构，多为省会城市和其他一二线城市，在地域分布上更多位于东南沿海城市。非省会城市或低线城市的患者，在当地或周边城市医院门诊获取药物明显面临着较大困难，需要在药店自费或者异地购买 / 开药。而在高线城市，虽然患者可以在部分医疗机构获取药物，但是配备了药物的基本都是三甲医院，患者不能在基层医疗机构或者就近药店购买 / 开药。



## 可负担性： 门诊慢病政策参差不齐，双通道落地情况不理想

目前，已有 24 个省市自治区把冠心病列入门诊慢特病管理，通过不设置起付线、提高报销比例、调整最高支付限额等方式提升保障待遇。然而，部分统筹地区尚未把冠心病列入门诊慢特病管理，其中北京与上海因全市统筹，门诊统筹额度高，患者报销额度足够，但江苏、内蒙等非省级统筹地区的患者相关报销待遇较差，亟需通过门诊慢特病管理提升保障待遇。而冠心病也仅是 ASCVD 患者中的一部分，对于其他 ASCVD 患者，仅有个别统筹地区将高脂血症纳入了门诊慢病管理。因此 ASCVD 的门诊保障水平明显低于糖尿病和高血压患者。此外，虽然目前大部分省份都发布了国谈双通道 / 门诊统筹定点药店政策，但部分地区实施了“三定管理”（定责任医师、定医疗机构、定零售药店），有些长期在门诊使用的慢病药物处方受限，对老年患者获取这些药物带来了不便。

## 相关的医疗服务供给：有待优化

### · 联合降脂实践不足，血脂管理效率较低

因为用药方案不匹配而导致血脂管理效率降低，是不少 ASCVD 患者在病程中曾普遍经历的情况。较多临床医生不了解他汀类药物以外的降脂药物或联合降脂方案，因而未能根据患者的具体情况有针对性地开具处方，致使患者 LDL-C 达标情况不理想。

## 患者的个人疾病管理：亟需加强

### · 公众缺乏相关认知，多数 ASCVD 患者未开展降脂治疗

ASCVD 当前的科普宣教较少，患者群体内自发的提问交流与互动也较少，因而我国公众对于 ASCVD 也缺乏了解，仅能将其模糊归为心脏病。**相关患者对疾病发病原理和长期管理的了解也不深，不理解血脂管理对抑制疾病进展的重要性。**除了一些超高危的患者经医师指导开展了药物降脂治疗外，仍有较多患者尚未使用降脂药物或通过严格的生活方式干预控制血脂水平。

我国 ASCVD 患者的血脂管理情况<sup>11</sup>



降脂药物的治疗率为  
**14.5%**



LDL-C 达标率仅为  
**6.8%**

### · 接受降脂治疗的患者用药依从性较差

部分已开始使用他汀、胆固醇吸收抑制剂、PCSK9 抑制剂等药物协助控制血脂的患者用药依从性较差。这其中主要原因是患者对血脂管理目标没有明确的认识，同时也未意识到血脂水平会受到季节、饮食、睡眠等因素影响而波动，因而在自觉无症状时就可能自行停药，或减少药物服用量或频率。



## 三、优化 ASCVD 患者血脂管理的建议

### 优化血脂管理，医疗保障部门可以做什么？

#### • 发挥基层作用，积极实施“三高共管”

“三高共管”要从政府到医疗机构再到社会、公众，层层推动落实，形成对心血管疾病发病、死亡危险因素的协同管理，建立起新型慢病管理体系。将 ASCVD 患者的血脂管理转移至基层进行，不仅方便了患者，尤其是存在行动困难的老年患者，减轻就诊开药对患者正常生活的影响，同时也有利于分级诊疗的开展。建议将更多创新作用机制、临床疗效确切且经济性高的新型降脂药物纳入基本药物目录，为基层医疗机构和三线及以下城市的医疗机构实施“三高共管”提供更好的用药保障。

另外，我国心血管疾病的发病率及死亡率持续上升的最主要原因之一是心血管危险因素的控制仍然存在短板。在“三高共管”的必然趋势下，建议在高血压、高血糖的管理基础上，将血脂筛查和管理纳入国家和地方基本公共卫生服务项目，提升心脑血管疾病的防控效率，有效降低管理成本，对减少心血管疾病的发病率、复发率和死亡率起到重要作用。

#### • 完善 ASCVD 和高血脂症门诊保障

虽我国已有 24 个省市自治区把冠心病列入门诊慢特病管理，但仅有 7 个统筹地区将高血脂血症纳入了门慢管理。由于 ASCVD 患者通常患有多种合并症且需要长期用药，其门诊治疗和用药费用支出对于老年患者尤其造成了较重的经济负担。然而研究显示，2018 年我国基本医保基金用于心脑血管疾病住院服务与门诊服务比例接近 3:1，而以经济合作与发展组织（OECD）国家为例，其成员国 20%-50% 的治疗费用发生在门诊服务及预防保健提供机构<sup>12</sup>。建议已将冠心病和高血脂血症纳入门慢管理的统筹地区，可以通过调整报销比例和允许叠加报销等方式进一步提升保障水平；而尚未纳入的地区，可以加快将 ASCVD 相关病种纳入门诊慢病保障，通过提升门诊保障水平控制疾病进展，改善患者生活质量，并有助于降低住院费用医保基金支出。

#### • 提升国谈药物的用药可及

过去几年，一些新型降血脂药物如 PCSK9 抑制剂等通过国谈降价并纳入了国家基本医保药品目录，但国谈药品“进院难”问题依然存在。部分医疗机构仍以谈判药品纳入“双通道”为由延迟或不考虑谈判药品进院。建议各地医保和卫生部门协作督导医疗机构进一步落实国谈药品配备要求；不得以用药目录数量、是否纳入“双通道”，“药占比”等原因限制创新药品入院。另外，建议在国谈药品纳入目录一段时间后，逐步放宽非特病药物“住院或门诊三定管理”，让更多心血管患者可以及时用上创新药物。

## 优化血脂管理，临床医生可以做什么？

### • 加强患者随访

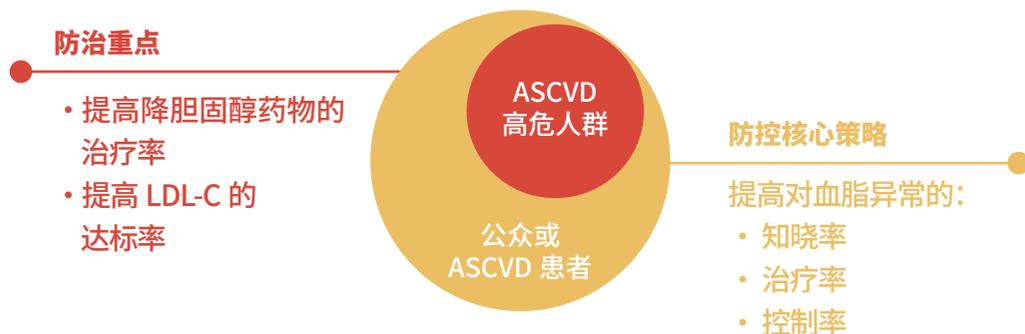
要做好患者的院外管理，首先要明确患者出院后再发心血管事件风险危险分层，故出院前的风险评估非常重要。随访的建立和维持有赖于患者良好的依从性，患者的依从性又受到多方面因素的影响。提高患者依从性的一个重要时机就是患者住院期间。所以在患者出院前不仅要对患者进行风险评估，还要进行健康宣教。主要包括以下 2 个方面：

1) 建立患者随访表，记录患者的基本情况，为之后的随访建立基础的文件支持；

2) 帮助患者树立坚持服药、改善生活方式等观念，告知患者长期随访的重要性和实施细节，如间隔多长时间随访、怎么随访等。

总而言之，患者院外随访管理并不是从患者出院时开始，而是在住院期间就要帮助患者建立长期随访管理的概念。及早介入有利于提高患者的依从性，也能使医疗资源得到最大程度合理利用。不同危险分层的患者血脂管理的目标值不一样，应针对不同情况调整降脂治疗的策略。尤其对于超高危患者，如基线 LDL-C 水平较高<sup>13</sup>的患者，需要更早启用强化降脂方案。

相关临床医师包括基层医生需要加强对于 ASCVD 患者血脂管理重要性和血脂达标策略的认识，参考 2023 年更新的《中国血脂管理指南》提升专业能力。建议医联体牵头医院或心血管专业的区域医疗中心对下级医院和区域内的相关临床医生开展培训，普及 ASCVD 患者的降脂目标、血脂管理过程中的常见问题和临床常用的降脂方案。



### • 开展 ASCVD 患者和高危人群教育

ASCVD 当前的公众科普宣教较少，各地卫健宣传部门和医疗机构在开展诸如社区讲座、义诊、宣传窗海报教育等常规的科普活动时，需要纳入 ASCVD 的相关内容。除针对 ASCVD 的疾病教育之外，建议有关机构也强化对于 ASCVD 主要危险因素及血脂异常的科普，在未来的健康中国行动相关活动中，帮助公众和高危人群了解和重视血脂健康，按时进行血脂检测。医生需要在诊疗阶段对入院的高危 ASCVD 患者进行血脂达标的教育，在出院后阶段也需要加强相关的患者管理。建议相关管理机构激励和监督医护人员对 ASCVD 患者在院外进行随访管理，强化二级预防。通过社区和家庭医生开展相关教育。

## 优化血脂管理，患者可以做什么？

### • 遵循医嘱服药，对 LDL-C 进行长期管理

ASCVD 患者需要遵循医嘱长期坚持用药、调控血脂。ASCVD 患者服用降血脂药物，是为了保护心脑血管，因而不能随意停药。若自行减少药量或擅自停药，可能导致低密度脂蛋白胆固醇或甘油三酯进一步升高或者反弹。

### • 定期进行血脂检测与复查

为了观察是否达到降脂目标值，是否需要调整用药，以及是否出现药物不良反应，ASCVD 患者需要遵循医嘱，定期前往医疗机构验血进行血脂水平的复查：首次服用降脂药物或调整用药方案的患者，需要在 4~6 周内进行复查；若血脂参数达到目标且无药物不良反应，可逐步改为每 3~6 个月复查 1 次；若是未达标且无不良反应则需 1~3 个月复查一次<sup>14</sup>。



## · 践行健康的生活方式

除药物管理之外，维持健康的生活方式能够帮助降低 ASCVD 事件发生可能性。合理膳食、适度增加身体活动、控制体重、戒烟和限制饮酒等方式，都能协助管理和控制血脂。



### 合理膳食：

ASCVD 患者在饮食方面需要控制脂肪的摄入，并且注意平衡膳食、保证蛋白质和膳食纤维的摄入。ASCVD 患者的食物烹饪需要尽可能少油，每日烹调油应不超过 25g，可以选择蒸、煮等方式替代油炸、油煎等多油的烹饪方法。在平衡膳食方面，ASCVD 患者需要保证摄入食物的多样性，每天应不少于 12 种食物，每周不少于 25 种<sup>15</sup>。在主食的选择上，要少吃精米白面和含淀粉过多的食物，多选择谷类、薯类等膳食纤维丰富的食物。患者也需要适量增加新鲜的水果蔬菜摄入，并通过食用脂肪含量较低鱼虾、去皮禽肉、瘦肉、脱脂或低脂牛奶、豆制品等方式，确保蛋白质摄入充足。不建议患者采取完全素食的饮食结构，长期素食可能会导致营养不均衡甚至营养不良等问题，增加胃癌、抑郁症、贫血、心血管疾病等风险。



### 适度运动与体重控制：

ASCVD 患者需要保持平稳及健康的体重范围，并适量运动。在确认运动的安全性并根据自身承受力循序渐进逐步提升运动强度后，患者可以通过每周 5~7 次 30 分钟左右的体育锻炼或身体活动来加强新陈代谢<sup>15</sup>。相关体育运动可以通过快走、跑步、游泳、爬山和球类运动等形式开展。



### 戒烟与限酒：

吸烟和饮酒都是导致 ASCVD 的危险因素。ASCVD 患者需要戒烟并有效避免吸入二手烟，同时限制饮酒，尽可能戒酒，从而更好地管理血脂。



## 四、总结

动脉粥样硬化性心血管疾病是我国的主要死因之一，而高血脂是引发 ASCVD 的主要风险因素。然而，近年来我国的血脂异常患病率不断上升，ASCVD 患者的血脂管理情况并不理想。

根据“健康中国 2030”规划纲要中“心脑血管疾病防治行动”的目标：到 2022 年和 2030 年，心脑血管疾病死亡率分别下降到 209.7/10 万及以下和 190.7/10 万及以下，提倡居民定期进行健康体检；40 岁以下血脂正常人群每 2～5 年检测 1 次血脂，40 岁及以上人群至少每年检测 1 次血脂，心脑血管疾病高危人群每 6 个月检测 1 次血脂<sup>6</sup>。

从行动的具体目标来看，我国 ASCVD 患者的血脂管理在用药可及性、患者的认知和疾病管理方面都有较大优化空间，需要通过有关部门、临床医生和患者的共同努力来进一步加强患者的血脂管理，减轻我国 ASCVD 的疾病负担。

同时，要继续加快落地“三高共管”政策，倡导全民健康生活方式，深化心脑血管疾病医防融合，提升创新药物的可及性，助力实现健康中国“心脑血管疾病防治行动”的目标。

## 致谢

感谢所有为本次调研分享专业意见和给予指导的专家，他们是全球患者准入联盟 (GAPPA) 执行总监 Brian Kennedy, 健康中国行动研究中心副秘书长、国家卫生健康委《健康中国观察》杂志副社长王永进, 北京大学医药管理国际研究中心主任史录文教授, 北京大学第三医院心内科主任崔鸣教授, 哈尔滨医科大学附属第一医院心血管内科一病房副主任于江波教授, 哈尔滨医科大学附属第四医院心血管内科主任杨巍教授, 天津市人民医院心血管内科科主任姚朱华教授, 以及圣保罗大学医学院 Raul D. Stantos 教授。

## 参考文献

---

<sup>1</sup>American Heart Association. What is Atherosclerosis? <https://www.heart.org/en/health-topics/cholesterol/about-cholesterol/atherosclerosis>

<sup>2</sup>中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023年) [J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(3): 221-255. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20230119-00038.

<sup>3</sup>American Heart Association. Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD). <https://www.heart.org/en/professional/quality-improvement/ascvd>

<sup>4</sup>国家心血管病中心. 中国心血管病报告 2017[M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2018. 中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023年) [J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(3): 221-255. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20230119-00038. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017(GBD 2017) Results. Seattle, United States:

<sup>5</sup>张毓辉, 翟铁民, 柴培培, 等. 2017年我国心脑血管疾病治疗费用核算与分析 [J]. 中国循环杂志, 2020, 35(9): 859-865.

<sup>6</sup>健康中国行动推进委员会. 健康中国行动(2019—2030年). [https://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content\\_5409694.htm](https://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm). (2019-07-15) [2023-10-10].

<sup>7</sup>FerenceBA, GinsbergHN, GrahamI, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel[J]. Eur Heart J, 2017, 38(32):2459-2472. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx144.

<sup>8</sup>中华医学会心血管病学分会, 中国康复医学会心脏预防与康复专业委员会, 中国老年学和老年医学会心脏专业委员会, 等. 中国心血管病一级预防指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(12): 1000-1038. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20201009-00796

<sup>9</sup>"三高"共管规范化诊疗中国专家共识(2023版)专家组."三高"共管规范化诊疗中国专家共识(2023版) [J]. 中华心血管病杂志(网络版), 2023, 06(1): 1-11. DOI: 10.3760/cma.j.cn116031.2023.1000144.

<sup>10</sup>动脉粥样硬化性心血管疾病患者降胆固醇药物治疗管理专家共识 [J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 21(2): 7-

<sup>11</sup>ZhangM, DengQ, WangL, et al. Prevalence of dyslipidemia and achievement of low-density lipoprotein cholesterol targets in Chinese adults: A nationally representative survey of 163, 641 adults[J]. Int J Cardiol, 2018, 260:196-203. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.12.069.

<sup>12</sup>柴培培, 翟铁民, 万泉, 张毓辉. 我国心脑血管疾病治疗费用与基本医疗保险支出核算与分析 [J]. 中国医疗保险. 2021(01)

<sup>13</sup>注: 服用他汀类药物者 LDL-C  $\geq$  2.6 mmol/L, 未服用他汀类药物者 LDL-C  $\geq$  4.9 mmol/L

<sup>14</sup>中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南(2023年) [J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(3): 221-255. DOI: 10.3760/cma.j.cn112148-20230119-00038.

<sup>15</sup>国家卫生健康委办公厅. 成人高脂血症饮食指南(2023年版).

---